

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON

Année 1972 N° 40

TITRE DE LA THESE

VIE AFFECTIVE ET SEXUALITE DE LA FEMME AGEE
DETERIOREE HOSPITALISEE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

THESE

présentée

à l'Université Claude Bernard LYON

et soutenue publiquement le 17 Mars 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Nom Prénom Nicole JOURLIN

Née le 19 Octobre 1943

à St ETIENNE (Loire)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON

Année 1972 N° 40

TITRE DE LA THESE

VIE AFFECTIVE ET SEXUALITE DE LA FEMME AGEE
DETERIOREE HOSPITALISEE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

THESE

présentée

à l'Université Claude Bernard LYON

et soutenue publiquement le 17 Mars 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Nom Prénom Nicole JOURLIN

Née le 19 Octobre 1943

à St ETIENNE (Loire)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552613_0033

U.E.R.MEDICALE LYON SUD-OUEST.

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD

-Président de l'Université: J.BOIDIN

-Premier Vice-Président : R.TOURAINE

- - - - -

-Secrétaire Général : M.IZAUTE

- - - - -

Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université de
Médecine.

Grange-Blanche-Directeur: Professeur GERMAIN D.

Alexis Carrel -Directeur: Professeur GIROD C.

Sud-Ouest -Directeur: Professeur TOLOT L.F.

Lyon Nord -Directeur: Professeur BERTOYE A.

Biologie Humaine-Directeur:DocteurCZYBA R.(Maître de Conférences
Agrégé).

Techniques de Réadaptation-Directeur:Professeur MOUNIER-KUHN P.

Sciences Pharmaceutiques-Directeur:Mr.CARRAZ M.(Maître de
Conférences Agrégé).

Sciences Odontologiques-Directeur:Docteur R.VINCENT.

Institut Régional d'Education Physique et Sportive-Directeur:
Professeur R.GUILLET.

Mathématiques-Directeur:Doyen BRACONNIER.

Physique-Directeur:Professeur DUPAY.

Chimie et Biochimie-Directeur:Professeur GAUTHERON.

Sciences de la Nature-Directeur:Professeur DAVID L.

Biodynamique et Psychopédagogie-Directeur:Professeur CHANEL J.

Institut Universitaire de Technologie n°1-Directeur:
Professeur PEUVRAIS L.

Institut Universitaire de Technologie n°2-Directeur:Professeur
GALLET.

Directeur ENSAM

Observatoire-Directeur:Professeur BIGAY J.H.

Physique nucléaire-Directeur: Professeur SARRAZIN A.

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD

U.E.R. LYON SUD-OUEST

=====

Liste du personnel enseignant de l'Unité.

Professeurs titulaires, Professeurs à titre personnel

M. BRUN Jacques	clinique pneumo-phtisiologique
M. GIRARD Paul	clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale
M. GUILLEMIN Georges	clinique chirurgicale
M. LATARJET Michel	clinique chirurgicale
M. NOTTER Armand	gynécologie obstétrique
M. PLAUCHU Marcel	endocrinologie et médecine interne
M. ROBERT Jacques	chaire de génétique médicale
M. TOLOT François	médecine interne - médecine du travail
M. VACHON Alphonse	clinique médicale-maladies app. digestif
M. VINCENT Daniel	chaire de biochimie appliquée

Professeurs sans chaire

M. COLOMB Daniel	dermatologie
M. MORET Robert	biophysique
M. NORMAND Jean	cardiologie
M. PINET Edouard	radiologie
M. VIALIER-RAYNARD Jean	bactériologie-virologie

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD

U.E.R. LYON SUD-OUEST

=====

Maîtres de conférences agrégés

M.ARCHIMBAUD Jean-Pierre	Urologie
Mme.BONNET Mireille	Ophtalmologie
MM.BOUVIER Maurice	Rhumatologie
BRAILLON Georges	Anatomie
BERTRAND Jean-Louis	Maladies infectieuses
CABANAC Michel	Physiologie
CROISILLE Marc	Radiologie
DUBOIS Paul	Histologie
GILLY Robert	Pédiatrie
HAGUENAUER Jean-Paul	O.R.L.
JEANNEROD Marc	Médecine expérimentale
JOUVENCEAUX André	Hémobiologie
LAIR Jacques	Stomatologie
LAPRAS Claude	Neuro-chirurgie
LEVRAT Roger	Médecine interne
LOMBARD-PLATET Roger	Sémiologie chirurgicale
LOUISOT Pierre	Biochimie
MICHEL Albert	Anesthésiologie
MOLLARD Pierre	Chirurgie infantile
PALIARD Pierre	Sémiologie médicale
PERRIN-FAYOLLE Max	Pneumo-phtisiologie
REBOUILLAT Jacques	Chirurgie générale
REVILLARD Jean-Pierre	Néphrologie
RIFFAT Georges	Hygiène
ROCHET Michel	Anatomie Pathologique
ROMAGNY Gabriel	Pédiatrie
SITE Jean	Mathématiques-statistique- informatique
TERMET Hubert	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
TETE Roger	Médecine interne

A MES PARENTS

Que ce travail soit le témoignage de
ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P.F.GIRARD.

Nous le remercions pour
l'honneur qu'il nous fait
d'avoir bien voulu accepter
la présidence de cette thèse.

Nous n'avons pu apprécier
son humour et sa perception fine
des choses que lors de trop
brefs contacts.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre admiration.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur COLIN.

Nous connaissons ses préoccupations pour l'un des champs les plus actuels de la psychiatrie. Nous y voyons le point de départ d'une remise en cause de la psychiatrie traditionnelle.

Qu'il trouve ici l'expression de notre sincère admiration.

Monsieur le Professeur Agrégé J. GUYOTAT.

Nous avons pu apprécier ses qualités d'enseignant. Nous le remercions d'avoir accepté d'être notre juge et de l'attention qu'il nous témoigne ainsi.

Qu'il soit assuré de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur R.LEVRAT.

qui a bien a bien voulu
accepter de faire partie de
notre jury.Qu'il en soit remercié.

A Monsieur le Docteur P.BALVET.

Nous sommes interne dans son service.

Il nous a aidée dans notre travail et nous pouvons apprécier l'importance qu'il attache au "vécu" du malade et à la relation avec celui-ci.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde admiration.

A Monsieur le Docteur P.BROUSSOLLE.

Qui nous a accueillie pour notre première année d'internat, pendant laquelle nous avons pu apprécier sa simplicité, son humour, et aussi l'important travail qu'il réalise en milieu pénitentiaire.

C'est lui qui nous a inspiré ce travail réalisé dans ses services.

Qu'il soit assuré de notre profonde et sincère gratitude.

A CEUX QUI ONT CONTRIBUE A NOTRE FORMATION PSYCHIATRIQUE.

A Monsieur le Docteur BONNET.

Qui nous a accueillie dans
son service, à l'hôpital Sainte-Marie,
et nous a initiée à la psychiatrie.

Qu'il soit assuré de notre
reconnaissance.

Aux Médecins des Hôpitaux de Saint-Georges
et de Sainte-Madeleine, à Bourg-en-Bresse.

Avec l'expression de notre
reconnaissance pour leur formation
enseignante.

A Monsieur de Docteur CALLIER.

Par les séminaires qu'il organise,
il nous apporte une part essentielle
à notre formation

Nous lui exprimons ici notre
profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur BERGERET

A Monsieur le Docteur MARTELL.

Qui nous ont permis une certaine
compréhension analytique des problèmes
psychiatriques.

Nous leur exprimons notre
respectueuse gratitude.

NOUS REMERCIONS POUR LEUR CONCOURS:

Madame H.REBOUL,sociologue,

que nous avons eu le plaisir
de connaître à l'occasion de ce travail.
Nous avons pu apprécier sa sensibilité
et sa culture.

Qu'elle soit assurée de notre
amical attachement.

Monsieur H.JIDOUARD,psychologue,

Nous avons eu la chance de travailler
avec lui,dans le service.Il nous a
apporté sa connaissance de la
dynamique de groupe et du test de
Rorschach.

Qu'il soit assuré de notre amitié.

Aux Infirmières des Pavillons Tillouls
et Charmilles.

AUX MEDECINS DU VINATIER.

AU PERSONNEL DE L'HOPITAL.

AUX MALADES.

"La Vieillesse:Tous les hommes
désirent y parvenir,et quand ils y sont
parvenus,ils l'accusent".

CICERON.La Vieillesse.

"On vieillit comme on a vécu".

AJURIAGUERRA.

INTRODUCTION

Ce travail correspond à un essai de compréhension plus profonde du vieillard détérioré et plus particulièrement, de la femme âgée en milieu psychiatrique.

Mais, à partir de quel moment peut-on dire de quelqu'un qu'il est un vieillard? Nous répondrons à cette question en citant H. Ey: "La sénescence ou vieillissement est donc un âge de la vie, le troisième, après l'âge de la croissance et l'âge adulte. La sénescence, phénomène directement lié à la vie, aboutit tôt ou tard, à l'état sénile ou sénilité, état déficitaire qui par ses manifestations cliniques constitue une condition pathologique". Il est inutile de dire combien il est arbitraire de fixer des limites précises pour un individu donné. Si la Sécurité Sociale considère l'âge de 65 ans, comme début de la vieillesse par la mise à la retraite, de nombreux travaux nous permettent de retenir celui de 60 ans, sur le plan institutionnel et médical.

On peut se demander quelles sont les motivations d'une telle étude. Mon premier semestre pratique m'a conduit à la Charité, Hospices de Saint-Etienne, et m'y a fait connaître d'immenses dortoirs où séjournaient quarante à cinquante personnes âgées, n'ayant d'autre espoir que la mort.

Puis, je passais dans d'autres services de médecine où, toujours se posait de façon aiguë, le problème de vieillards, parfois pénibles, toujours mal supportés.

Enfin, les Hôpitaux Psychiatriques du Puy, de Bourg-en-Bresse, du Vinatier, où l'on retrouve cette même et énorme concentration de personnes âgées de plus de 60 ans. A l'Hôpital Psychiatrique de Bron, les vieillards

représentent de 45 à 50% des admissions; et 79/135 malades, soit 58,5% des pavillons Tilleuls et Charmilles faisant partie du service du Dr. Broussolle, où j'ai passé cette dernière année (la moyenne d'âge dans ces deux services étant de 59 ans). Il n'est donc pas possible, malgré une certaine préférence à s'occuper de malades plus jeunes de se désintéresser des sujets âgés.

De plus, j'avais remarqué lors de mon premier stage un phénomène curieux. Lorsque j'entrais dans un dortoir, tout était gris et uniformément triste. Je n'avais devant moi, qu'un alignement de fauteuils et de lits contenant des vieilles femmes toutes identiques: cheveux gris, peau terne, yeux délavés et mornes, elles se ressemblaient toutes et il était difficile de mettre un nom sur ces visages indifférenciés. Puis, en discutant avec l'une d'elles, celle-ci s'animait, son regard redevenait vivant, et parfois, avec une telle intensité que j'étais surprise, la fois suivante, de retrouver devant moi, une personne aussi âgée et aussi passive. Et cela me faisait évoquer une histoire espagnole: Un homme racontait que lorsqu'il croisait une vieille femme dans la rue, en passant à côté d'elle, il lui disait: "guapa" (ce qui signifie "jolie fille") et alors pour lui, pour lui seul, les yeux de la femme brillaient et pour quelques secondes, elle rajeunissait.

A travers diverses lectures et une expérience bien imparfaite, je m'attacherai donc à définir l'affectivité de la personne âgée, détériorée, hospitalisée en institution psychiatrique.

Une première partie rappellera les effets du vieillissement sur le sujet, et les conséquences psycho-affectives qui en découlent, particulièrement au niveau de la sexualité.

Une deuxième partie étudiera le retentissement de ces modifications dans le comportement psycho-social du sujet, tant à travers la relation duelle, qu'au sein du groupe.

Une troisième et dernière partie recherchera la confirmation de ces données en les confrontant avec le test projectif de Rorschach.

.

. . .

I°PARTIE:VIEILLISSEMENT ET MANIFESTATIONS DE LA SEXUALITE CHEZ LE VIEILLARD.

Dans cette première partie,est exposé un tableau aussi complet que possible du vieillissement et des modifications qu'il entraîne chez le sujet senescent.

FACTEURS DE VIEILLISSEMENT.

I.Facteurs sociologiques.

Autrefois,vivre longtemps était un privilège enviable donné à peu de gens.Actuellement, il est banal d'atteindre un âge très avancé.Les statistiques démontrent qu'une personne sur cinq a plus de 60 ans, et une sur sept,plus de 65 ans;les femmes ayant une espérance de vie supérieure à celle des hommes.

Certes,longévité accrue,mais très souvent la vieillesse est vécue comme un fardeau. Dans notre civilisation,le vieillard n'est plus considéré comme le sage,le patriarche,le possesseur privilégié du savoir et de l'expérience,modèle de référence pour la jeunesse.Dès sa retraite,le sujet est dévalorisé, parce que non productif et que ses ressources sont amoindries.Si la structure familiale subsiste,il lui reste quelque espoir de vieillesse paisible,mais le plus souvent,se succèdent les décès d'êtres chers:conjoint, famille,amis,disparaissent les uns après les autres. Les enfants ont pris leur indépendance,se sont éloignés et parfois ont totalement délaissé leurs parents.Alors, le vieillard se retrouve seul,pauvre,inutile et désespéré.

Reste alors la solution de prise en charge par les maisons de retraite ou structures voisines, mais celles-ci sont encore insuffisantes et peu adaptées.

2. Facteurs organiques.

Ces facteurs sociaux aggravent fortement l'état de la personne âgée ,déjà bien perturbée sur le plan somatique. Les activités métaboliques et endocriniennes sont ralenties. On note aussi de nombreuses perturbations neurologiques: disparition des neurones, augmentation du délai de conduction synaptique et réapparition des réflexes primitifs: succion et grasping. Les perceptions s'émoussent; et le potentiel intellectuel est plus limité et moins souple. Il y a aussi régression sur le plan physique avec diminution de la hauteur corporelle, ostéoporose, fonte musculaire, modification du tissu interstitiel, réduction des forces, et cette trahison du corps provoque méfiance et anxiété. A tous ces troubles, se surajoutent presque toujours des affections cardiovasculaires, rénales... qui limitent encore les possibilités du sujet et provoquent son éloignement progressif vis-à-vis du monde.

3. Facteur institutionnel.

C'est à l'hôpital psychiatrique, que vont apparaître de façon évidente et même caricaturale, les perturbations somatiques et psycho-affectives provoquées par le vieillissement.

L'hôpital psychiatrique est le dernier refuge quand le milieu social est par trop défaillant, quand l'affection organique incurable provoque un rejet général et quand le comportement du vieillard ne permet plus son maintien à l'"extérieur".

Il nous faut d'ailleurs noter que nombreux sont les cas, où la désinsertion du milieu ordinaire, et le placement en institution a entraîné le décès dans les premiers jours d'hospitalisation et, à minima, a aggravé les perturbations psychologiques.

PSYCHO-AFFECTIVITE.

Les perturbations socio-organiques, majorées dans l'institution, entraînent des modifications de la psycho-affectivité du sujet âgé, et tout d'abord de la mémoire, qui vont être étudiées maintenant.

I. Troubles mnésiques.

Les troubles mnésiques sont classiquement connus et retrouvés dans tous les cours traitant de la démence sénile, dans lesquels on décrit, outre la désorientation temporo-spatiale, à laquelle contribue d'ailleurs les troubles mnésiques:

- amnésie antérograde, ou de fixation des événements récents;

- amnésie rétrograde, ou évocation des événements anciens.

Ces troubles sont retrouvés, à des degrés divers, chez tous les séniles, qui sont incapables de vous dire ce qu'ils ont fait le matin, ou la veille, mais peuvent vous raconter avec un luxe de détails, et souvent de façon fort évocatrice, une scène de leur jeunesse ou de leur enfance. Et, au maximum, les sujets très détériorés vivent comme présente, une situation passée (phénomène d'ecmnésie qui se confond en partie avec la désorientation temporo-spatiale): nombreuses sont les malades du service qui vous annoncent qu'elles sont chez elles, que leur mari va bientôt rentrer du travail, et qui s'excusent fort gentiment, de devoir vous laisser pour préparer le repas. Et, à un degré de plus, : "Oh, là, là, qu'est-ce que Papa va me dire, je me suis faite gronder ".

Plus la détérioration est profonde, plus les souvenirs sont anciens, remontant à l'enfance. Ce serait comme un débobinage à l'envers de la vie, avec persistance de l'enfance, par phénomène mnésique ou par plus grande importance des stades infantiles. Cela ressemble à ce qui se reproduit très rapidement au moment de la mort. Cette conception de la détérioration mnésique semble rejoindre celle de l'école de Genève qui parle de "tableau en miroir de la rétrogénèse de la sénilité par rapport à l'ontogénèse de l'enfant, évidemment tempéré par un certain nombre de différences".

Le vieillard dans l'incapacité de s'adapter à un présent mystérieux et rempli de dangers n'a plus que la ressource de se réfugier dans un passé plus sécurisant. Ainsi, doit-on accepter le radotage et en comprendre le contenu significatif: le sujet âgé prenant conscience que le présent est vide, répète sans cesse des souvenirs du passé revalorisant. Les événements désagréables peuvent d'ailleurs être réprimés dans la confabulation compensatrice. Les situations et les mots ayant un contenu affectif pénible sont plus rapidement oubliés que les autres. Ainsi, Mme. Cai. 82 ans, démente sénile ayant autrefois fait un mariage malheureux et divorcé, nie son mariage et sa maternité.

Les travaux psychanalytiques de Jollgersma (1931) montraient que la pensée inspirée par le désir joue un rôle essentiel dans le cadre des syndrômes amnésiques.

Pour Repond, c'est le "désintérêt vital" qui est à l'origine des troubles mnésiques. Si l'intérêt et le goût à la vie réapparaissent chez le vieillard, sa mémoire s'améliore.

Pour Courbon, repris et cité par Minkowski dans " Le Temps Vécu", les vieillards que l'on traite d'égoïstes, devraient plutôt être qualifiés de "présentistes". Ils vivraient dans le présent et dans le général, complètement détachés des êtres et des choses, oubliant instantanément le passé, au fur et à mesure de sa formation, et insouciant de l'avenir.

"De plus, la mémoire de fixation que nous impose le lourd devoir de continuité de la vie, dans sa marche vers l'avenir, n'a plus à intervenir là où cette marche semble être arrivée à ses ultimes limites, alors que les souvenirs anciens...flottent...comme détachés du présent".

2. Analogie vieillard-enfant.

L'étude des troubles mnésiques de la sénilité montrent donc, dans les formes majeures, une récession dans le monde infantile. Il est courant d'entendre dire: "Les vieillards retombent en enfance".

En effet, dans beaucoup de sociétés, enfants et vieillards appartiennent au même groupe d'âge. Analogie établie sur la taille inférieure à celle des adultes, l'absence de dents, la dépendance vis-à-vis des adultes, l'absence de pouvoir de l'un et de l'autre, par la difficulté à se déplacer, à se nourrir, l'impotence dernière enfin. S. de Beauvoir, dans son ouvrage sur "La Vieillesse" rappelle que, selon une épopée ancienne, les vieillards étaient ligotés dans des berceaux.

Il semble que l'on puisse comparer la vie humaine, à la suite du groupe ethnologique Fang, puis de Dante, avec une parabole: "La vie humaine serait un arc montant de la terre au ciel, jusqu'à un point culminant, d'où il redescend".

Mais alors que l'enfant peut espérer que l'avenir, quand il sera grand, lui apportera la liberté et les compensations désirées, le vieillard n'a d'autre échappatoire que la mort. L'enfant est tourné vers l'espoir alors que pour le sujet du troisième âge, tout est joué, définitif, irréversible.

3. La sexualité du vieillard.

Le projet initial de cette thèse était l'étude de la sexualité chez la femme âgée. Il faut remarquer la pauvreté bibliographique signant le désintérêt et le refus d'aborder ce problème. Les difficultés et réticences rencontrées nous ont fait adopter un sujet plus large: la psycho-affectivité; la vie affective s'exprimant en partie dans la sexualité. Ce chapitre va mettre en évidence la dégradation et la régression des comportements sexuels du vieillard et l'analogie avec les conduites pré-génitales de l'enfant.

Si le tabou sexuel paraît moins prégnant actuellement, parler de sexualité pour les gens âgés reste choquant. En effet, l'idée d'amour physique paraît inséparable de celle de jeunesse, de beauté. Ainsi, le théâtre a-t-il longtemps puisé son inspiration dans ce sujet et offert à l'hilarité des foules, la "lubricité" du vieillard. Est-il utile de rappeler ici Molière et son Géronte, Chaucer, Shakespeare?

Les sentiments et les attitudes des gens sont directement liés à l'attente de la société dans laquelle ils vivent. Honte ou anxiété sont généralement retrouvées lorsqu'on aborde le sujet de la sexualité avec des personnes âgées.

Les auteurs de langue anglaise avec Kinsey et coll., Newman et Nichols, Weinberg... ont étudié le comportement sexuel de l'homme et de la femme âgés: l'âge chronologiquement avancé ne serait pas un obstacle pour poursuivre une activité sexuelle, si l'occasion s'y prête. Le taux de déclin de l'activité sexuelle dans la vieillesse n'excéderait pas le taux de déclin dans les décades antérieures et Kinsey cite des sujets présentant des relations sexuelles satisfaisantes à 90 ans.

Toutes les études reconnaissent que le comportement sexuel du sujet âgé dépend de ses habitudes antérieures (fréquence des relations) et de son statut marital. Le vieil homme ou la vieille femme célibataire, divorcée ou veuf, présente rarement une libido suffisante pour rechercher un nouveau partenaire; démarche d'ailleurs réprouvée par le milieu et qui ne peut se réaliser que dans une population restreinte, non rebutée par l'aspect physique. On observe, en effet, chez le sujet âgé, un dessèchement des tissus, une fonte des graisses et un phénomène "d'égalisation physiologique" avec effacement des caractères sexuels secondaires chez l'homme et chez la femme.

Cette situation est encore aggravée en hôpital psychiatrique et quoique G. Mahé dans sa thèse de 1955, ait recueilli sur 110 vieilles malades psychiatriques, 20 cas de comportement érotique (à type d'exhibitionnisme, masturbation, propos obscènes, hallucinations génitales et délire de grossesse); il s'agit surtout d'activités incomplètes, une véritable relation hétérosexuelle étant pratiquement impossible du fait de l'isolement et de la répression. Ainsi, Mme. Lau, 64 ans, s'est-elle faite insulter par d'autres malades pour avoir embrassé un homme par la fenêtre. Cependant, une démente sénile de 75 ans,

Mme.Leg. peu avant sa mort,essayait encore de voir par le trou du mur,les hommes du service voisin.

Le milieu essentiellement homosexuel pourrait favoriser des relations de ce type,et à ce propos, il nous paraît intéressant de relater ici le comportement assez spécial de deux pensionnaires,Mme.Cai.82 ans et Mme.God.79 ans.Elles ont été hospitalisées respectivement en 1969 et 1970, avec le diagnostic de démence sénile. Elles ont toutes deux été mariées et ont eu des enfants. Ces deux femmes,très détériorées,ne verbalisant presque rien,se contentant de manifester plaisir et déplaisir, joie ou tristesse,ont établi dès leur premier contact une relation étroite,très riche affectivement. Tour à tour,couple hétéro- puis homosexuel,puis mère-enfant,elles ne se quittent jamais,couchent dans des lits voisins,complètement affolées,lorsqu'on les sépare.Je voudrais rapporter ici deux exemples de leur comportement:

Une première fois,Mme.God.est dans le bureau du médecin.L'externe va chercher Mme.Cai. qui erre désespérée à la recherche de son amie et l'amène aussi dans le bureau.Il se produit alors une scène touchante. Mme.Cai.se précipite,et elles se tiennent toutes deux enlacées,pleurant,se caressant,Mme.God. assise, la tête sur le ventre de son amie.Elle parle comme une petite fille,avec une toute petite voix,et reniflant très fort:"Viens,ma Maman,ma Maman".On lui demande: "C'est votre Maman?".Elle retrouve alors sa voix normale pour répondre:"Non,je l'appelle comme ça, mais c'est pas ma.Maman."

Une autre fois,elles viennent ensemble dans le bureau.Mme.God.,en riant, va s'asseoir sur les genoux de Mme.Cai.,puis sur la chaise toute proche. Elle parle sans cesse,rit,fait des mines,touche la poitrine de son amie,lui glisse la main dans le cou.

Elle fait semblant de la mordre, de la battre, de la gronder.
 Mme.Cai. se prête très volontiers à ce jeu, rit.
 Mme.God. se découvre les jambes, se veut aguichante, et parlant de Mme.Cai. dit: "Lui, mon mari". On lui demande "C'est votre mari?", elle répond: "Oh, non".

Il semble que l'on ne puisse trancher de façon certaine au sujet de l'identité de leur couple. Elles paraissent former un groupe se suffisant à lui-même, indifférencié et Mme.God. modifie sa relation en ayant une perception différente de Mme.Cai. Celle-ci se laissant faire, honorée, flattée, satisfaite des manifestations affectives de Mme.God. qui de toute manière la revalorise, mais elle reste toujours passive, semble-t-il.

Chez le vieillard, la sexualité se réduit surtout à une activité masturbatoire; et l'idéation étant pauvre chez le sujet sénile, on peut penser que comme chez l'enfant, la masturbation ne s'accompagne pas de fantasme; alors que cette activité incomplète est fréquente chez l'adolescent où elle s'accompagne alors de désir de puissance, de possession. Chez le vieillard, elle ne débouche sur rien, est désespérée.

Comme chez l'adolescent encore, la sexualité du vieillard est impulsive, a besoin de satisfaction immédiate. Mais, statistiquement, le nombre des agresseurs âgés est tout-à-fait négligeable en comparaison de celui des agresseurs jeunes adultes. Il s'agit le plus souvent, d'exhibitionnisme, de recherche de contact sans but précis.

En dehors de ces formes médico-légales, le sujet âgé a un profond besoin de contact pour être. La perte kinesthésique contribue chez lui à la perte de sensation des limites: le regard et le toucher de l'autre lui rendent en partie ses limites. Comme l'enfant qui a besoin d'être tenu, regardé, embrassé, le vieillard pour se restructurer a besoin de contact et de la caresse d'un regard.

Mais, les vieillards sont le plus souvent invisibles: dans la rue, rarement jeunes ou même vieux se retournent sur le passage d'une personne âgée à moins que son comportement ou que son habillement ne soit bizarre. Et si les personnes âgées sont invisibles, elles sont aussi intouchables. Nous sommes tous tout prêts à caresser une personne jeune, un animal, mais pas une personne âgée, dont la peau a perdu de sa douceur, de sa couleur, de sa tonicité. Nos rencontres physiques avec eux sont sans chaleur.

Les personnes âgées recherchent pourtant ce contact. Elles gardent votre main dans la leur, vous la caresse, sont ravies lorsqu'on les embrasse. Même chez les démentes séniles très détériorées, le toucher paraît jouer encore un rôle très important: elles "tripotent" toute la journée, leur robe, leur mouchoir ou des bouts de papier. Nous avons demandé à l'esthéticienne si elle avait des clientes parmi les vieilles dames. Celles-ci représenteraient plus du quart de ses clientes du Vinatier, et parmi elles, il y a même une centenaire. Elles appellent l'esthéticienne "La dame qui caresse" et quelques démentes séniles incontinentes vont la trouver pour qu'elle s'occupe d'elles. Elles recherchent le contact et parfois, après un soin, elles lui embrassent les mains. Elles ne savent pas le plus souvent, qu'il s'agit d'une esthéticienne, mais d'une "personne qui touche".

Les formes de sexualité observées dans les services psychiatriques se réduisent le plus souvent à des formes archaïques prégénitales, et ici, les observations abondent.

Analité.

Le sujet âgé réagit à sa faiblesse et à son incapacité adaptative par du conservatisme et de la rigidité. Un profond sentiment d'insécurité et d'impuissance, le fait se rattacher avec désespoir, au dogme que constitue pour lui, sa vie passée: faits anciens qu'il se complaît à raconter, à rappeler indéfiniment. "Il radote" dit-on.

Il est totalement intolérant. Lui seul a raison. Il ne pourrait supporter aucune remise en question qui risquerait de supprimer tout sens à sa vie écoulée. Ses manies sont nombreuses. Ses activités d'ailleurs bien réduites, se reproduisent toutes dans le même ordre, et sur le même mode. Il est méfiant, craint que l'on ne vienne déranger ses habitudes, toute situation nouvelle lui demandant un grand effort pour s'adapter.

Parfois prodigue et insouciant, le plus souvent, avare; il craint de manquer, transporte son argent sur lui (on a ainsi découvert à plusieurs reprises des sommes importantes dans les doublures de manteau de femmes venant d'être hospitalisées) ou le cache avec soin (Mme. Reg.: "J'avais mis mon argent dans un portefeuille, puis dans un sac en nylon, et puis dans une toile, et je l'avais mis sous le matelas"). Il accumule des bouts de papier, des aliments qui pourrissent. Combien de vieillards sont-ils morts comme des miséreux, possédant des fortunes inutilisées.

La puissance du sénile paraît résider dans les mots "avoir ou ne pas avoir" (de l'argent) et "faire ou ne pas faire" (ses matières). Les préoccupations hypocondriaques sont multiples. Les atteintes organiques sont d'ailleurs fréquentes, et il est important pour la personne âgée, qui verbalise mal, d'entrer en relation avec autrui, par l'intermédiaire de son corps, même sur un mode dévalorisé. Le problème somatique le plus fréquent dans un service de gériatrie reste "diarrhée-constipation".

La demande à ce niveau est incessante et le sénile manipule la relation à travers ses fécès. Chez l'enfant, l'acquisition de la propreté sphinctérienne est un progrès dont la mère est fière. Chez le vieillard, incontinence et gâtisme sont à la fois, une agression s'il se sent délaissé et un appel au nursing. Son plaisir est grand lorsqu'on s'occupe de lui; il aime les gronderies tendres de l'infirmière qui lui rappellent celles de sa mère, et quelquefois, à peine celle-ci a-t-elle le dos tourné, qu'il se souille à nouveau.

Les conduites de barbouillage avec matières ou aliments sont fréquentes: il mélange dans la même assiette soupe, pain, légumes, jus de fruit.. puis en met partout.

Son agressivité peut se manifester envers le personnel, les autres malades dont il est jaloux (taquineries séniles, plaintes) et envers lui-même: "On ne me donne rien à manger... Je n'ai que les restes... Personne ne m'écoute, on ne s'intéresse pas à moi... mais les autres, elles, on s'en occupe..."

Oralité.

Outre les conduites anales, l'alimentation est l'ultime mode de relation avec le vieillard. Un tel avale tout ce qu'il trouve avec un appétit insatiable. A l'opposé de cette boulimie, que l'on retrouve rarement chez le grand vieillard, il est plus souvent difficile de lui faire avaler le moindre aliment. Les solides ont fait place aux liquides depuis longtemps, du fait de la chute des dents, de la réduction des besoins et des difficultés d'assimilation. Il faut les nourrir à la petite cuillère. Une grand-mère refusait toute nourriture, une prise en charge par plusieurs infirmières, qui s'occupaient plus d'elle, lui parlaient, la rassuraient, a permis une réapparition de l'appétit, et une amélioration rapide de l'état général.

Là encore, l'infirmière, mère par procuration, devra faire preuve d'une infinie patience pour nourrir le vieillard récalcitrant et répondre à sa demande d'affection, jamais satisfaite; et nous pensons, comme Mr. le Dr. Balvet, que l'infirmière doit alors osciller entre "la jardinière d'enfants" et "la puéricultrice" selon le degré de régression du vieillard.

Ainsi, le sujet âgé, affaibli physiquement et mentalement, ayant perdu son statut social et rejeté en milieu psychiatrique, se détériore et régresse. De même que son corps s'amenuise, que ses forces diminuent, seuls subsistent ses souvenirs de jeunesse, puis d'enfance, et sa sexualité ne s'exprime plus que sur les modes archaïques prégénitaux: comportements anaux et oraux.

PSYCHOPATHOLOGIE.

Cette première partie s'achèvera sur un essai de compréhension des variations psycho-pathologiques au cours du vieillissement.

Le vieillard se détériore sur le plan somatique, mais aussi au niveau de sa structure psychique.

Tout se passe comme si, le MOI, s'affaiblissant ne pouvait plus faire face aux pulsions du CA, dans une structure où le cadre social serait vécu par la personne vieillissante sur le mode de nombreux interdits assimilables au SUR-MOI.

L'Idéal de MOI est émoussé: "Je suis vieux" et facilite l'acceptation de la régression.

La détérioration du MOI va être à l'origine d'un envahissement dans le champ de la conscience par la vie inconsciente, d'où irruption dans la vie quotidienne de pulsions très agressives et orales.

Il semble que le vieillard se replie dans un autisme provoqué par le sevrage (affection, contact). Le sujet n'attendant plus rien sur le plan libidinal, régresse narcissiquement, l'énergie se reportant exclusivement sur le MOI, qu'il faut nourrir. Si l'on accepte le principe qu'il y a des secteurs du MOI qui sont socialisés, si ces secteurs sont vides d'affect, il ne reste plus que le MOI qui vit dans l'autisme. A partir du moment où les rapports inter-individuels deviennent inexistantes, la personne vit repliée sur elle-même et ce refus secondaire du monde extérieur vécu comme dangereux accélère la détérioration des perceptions. Il est toujours difficile, chez un vieillard de faire la part de la surdité réelle et de la surdité volontaire.

Ce qui amènerait à distinguer

- un vieillissement psychologique
par affaiblissement du MOI
- un vieillissement psycho-social
par rejet du milieu.

Le vieillard régressant, redevenant enfant, le milieu devient alors mère pour lui, mère qui accepte ou refuse.

Le lien est détérioré, d'où perte de la netteté des limites qui deviennent floues entre le MOI et le non-MOI; et dans ces cas-là, le milieu devient le prolongement du MOI (syncrétique, presque indifférencié, comme chez l'enfant).

Si le milieu suppléant ne satisfait pas le vieillard, celui-ci refusera de manger, agressant la "mère" et par retour, lui-même.

Leur boulimie correspondrait à un auto-allaitement, devant une mère défaillante. Mme. X., 91 ans, placée pour un mois dans une maison de vacances, se sentant abandonnée par sa famille, s'est mise à manger toute la journée, gâteaux, bonbons. Boulimie que l'on peut rapprocher de celle de certaines femmes à la ménopause, correspondant à un désinvestissement libidinal. On considère d'ailleurs communément, la disparition des règles comme le début du vieillissement féminin.

Donc, pour le sujet âgé, le monde extérieur se transforme, devient mauvais, et provoque chez lui, repli, et projection (cf. note) sur ce monde dangereux, de ses propres impressions intérieures. Devenant pénible et gênant pour le groupe, le vieillard refuse cette situation d'infériorité et rejette le groupe. Toutes les pulsions primaires du CA se projettent sur l'extérieur et les autres, par mécanisme de défense. Ce mécanisme serait d'autant plus rapide et plus important que la personne serait déjà fragilisée. Pour Achaintre et Bonhomme: "L'existence préalable d'un égoïsme important, avec caractère entier, rigide, ou au contraire anxiété permanente.." prédisposerait à

Note: Projection.

+ au sens psychanalytique: mécanisme de défense. Projeter sur l'extérieur ses propres sentiments inacceptables.

+ Techniques projectives qui consistent à présenter à un sujet, un matériel non structuré, de manière à ce qu'il projette dans ce matériel, ses propres structures psychiques.

l'apparition d'une démence sénile. De même que "toute leur vie, des traits de caractère signant une adaptation-limite". Egocentrisme, associé par Richard, à "l'autoritarisme".

Donc, régression à un stade prégénital, et régression jusqu'au suprême amenuisement, à la suprême perte de l'image narcissique: la mort.

.
. .

II°PARTIE:RECOUPEMENT AVEC L'ASPECT PSYCHO-SOCIAL.

Après avoir fait le tour des données fournies par les lectures, quelques entretiens avec Mme.H.Reboul et Mr.le Dr.Balvet, et avoir abordé le problème de la sénilité sur un plan général, dans cette seconde partie, seront exposés les méthodes et les résultats d'une recherche plus précise.

METHODE DE TRAVAIL.

Nous avons sélectionné dans les deux services, Tilleuls et Charmilles, des malades détériorées sur le plan psychique. Nous avons recherché les femmes de plus de 60 ans, et hospitalisées depuis moins de cinq ans, pour réduire les effets chronicisants d'une longue hospitalisation. Nous n'en avons retenu que 14, les autres étant par trop détériorées, et ne pouvant se prêter à notre recherche.

L'échantillonnage sera exprimé sous forme de tableau. Huit de ces malades présentent une démence sénile diagnostiquée, deux une démence éthylique et les autres des symptômes dépressifs. Trois sont célibataires et une seule, parmi les 11 autres a encore son mari. On peut déjà noter dans la majorité des cas, l'isolement par perte du mari, abandon par les enfants. Leurs âges s'échelonnent entre 60 et 87 ans.

La recherche s'est effectuée en collaboration avec Mme.G.Métafiot, psychologue stagiaire, et les infirmières du service. La plupart des informations proviennent d'entretiens ayant eu lieu avec les malades âgées, soit dans le bureau médical et alors enregistrés sur magnétophone,

-Echantillon des malades retenues-

Nom	Age	Diagnostic	Entretien personnel	Entretien avec famille	Rorschach
he.Reg.	60	Démence éthyl.	+++	0(veuve,3Enf.)	+
he.Cou.	61	Démence éthyl.	+++	cousine(veuve)	+
le.Gut.	65	Débile caract.	+++	religieuse(celb)	+
he.Gel.	65	Dépression	+++	mari	+
he.Bis.	72	Mélancolie	+++	filles(veuvu.IEnf)	+
he.Bon.	71	Démence artér.	+++	cousine(veuveIE)	+
le.Dau.	79	Démence sénile	+	0(célibataire)	0
le.Gu.	76	Démence sénile	+	cousine(célib)	0
re.Lar.	79	Dépression	+++	fils(veuve.IE)	
he.Lac.	83	Démence sénile	+++	2 filles (mariée 3 fois)	+
he.Mau.	87	Démence sénile	++	beau-frère(veuve)	+
he.Pas.	84	Démence sénile	+	0 (veuve)	+
he.God.	79	Démence sénile	+	0 (veuve)	+
he.Cai.	82	Démence sénile	+	0(div.IEnf.)	+

soit en bavardant avec elles dans la salle commune. Nous avons confronté ces données avec des observations fournies par les infirmières, et avec les renseignements que pouvaient nous apporter les familles des malades ou les personnes les connaissant.

A ces analyses d'entretien, nous avons ajouté un matériel plus structuré, à savoir des protocoles de Rorschach, auxquels nous consacrerons la troisième partie de cette étude.

DESCRIPTION DU SERVICE.

Le pavillon des Charmilles n'a d'attrayant que son nom, car sitôt le seuil franchi, cet univers nous accueille tristement par ses couleurs, et ses odeurs. En effet, à peine entré, on est imprégné de cette atmosphère grise, qui semble nous coller à la peau: grisaille des murs, tristesse des pensionnaires, rendant uniforme l'ensemble du pavillon. Un escalier nous introduit dans le monde des "grands-mères": une grande pièce partagée en deux; dans une partie, un alignement de lits, dans l'autre, des placards, des tables, autour desquelles les vieilles dames sont installées, avachies, retranchées en elles-mêmes. Il semble régner dans cette salle une hibernation, économie pour chacun d'un potentiel de vie. La disposition des meubles refuse à l'individu de se recréer, ne serait-ce qu'un semblant d'intimité.

L'atmosphère de ce pavillon, sous-équipé, surchargé de malades avec un personnel insuffisant en nombre, semble nous renvoyer à la déclaration que faisait le Dr. Sivadon dans l'Express: "Les méthodes de la psychiatrie moderne supposent un cadre agréable, un personnel nombreux. On ne nous offre que des hôpitaux casernes, sous-équipés et surencombrés, qui comptent 500 malades par service, quand les normes en prévoient 200".

Dans cet univers peu attrayant, les femmes revêtent un aspect asiltaire qui ne l'est pas plus. Elles sont revêtues des "blouses hospitalières", souvent coiffées de petites nattes terminées par un noeud, ce qui accentue leur aspect de "vieilles petites filles". On leur assigne une place pour manger et pour dormir, sans leur demander leur avis. Au dortoir, pas une photo, pas un objet personnel; rien qui leur permette de recréer ne serait-ce qu'un îlot de leur monde d'autrefois. Pas de miroir pour leur renvoyer l'image de leur propre corps et entretenir ainsi en elles le sentiment d'exister.

Le personnel totalement insuffisant en nombre, et débordé par des tâches ingrates, ne peut offrir à la personne âgée, la disponibilité dont celle-ci a tant besoin. D'abord la malade n'a jamais en face d'elle les mêmes infirmières, ne peut ni être, ni se sentir l'objet d'attentions particulières. Elle est pour ainsi dire un numéro: ses symptômes, sa maladie, bref son étiquette masquent son individualité porpre.

RELATION DUELLE.

Nous envisageons tout d'abord la situation privilégiée de personne à personne au sein de l'institution.

I. Avec une autre malade.

Le plus souvent, les personnes âgées détériorées vivent les unes à côté des autres pendant des années, sans se connaître; restant enfermées dans un monde autistique où le contact avec autrui n'existe plus. Cet isolement que l'on remarque aussi dans les maisons de retraite peut être observé même en dehors de déficit audio-visuel, lequel est bien sûr fréquent et important et aggrave encore cette tendance à l'isolement.

On voit rarement se nouer entre deux malades des liens aussi étroits que ceux observés entre Mme.Cai. et Mme.God., dont nous avons parlé dans la première partie. Nous rappellerons seulement qu'il s'agit de deux démentes séniles très détériorées, que Mme.Cai. première arrivée dans le service en 1969, a vécu totalement isolée jusqu'à l'arrivée de Mme.God., quelques mois plus tard, et qu'à la suite d'une soudaine sympathie, elles sont devenues inséparables.

Lorsque deux démentes séniles sont réunies, à l'occasion d'un repas par exemple, leur conversation, si celle-ci est possible grâce à un vocabulaire relativement conservé, il s'agit plutôt d'un échange de monologues. (Le monologue à voix basse est fréquent également dans la population âgée, en général). Chacune parle de ce qui a une signification et une importance pour elle seule. Néanmoins, on dirait qu'elles éprouvent le besoin de se sentir écoutées et soutenues. En parlant, elles touchent leur voisine, et cherchent à saisir les expressions de son visage. Probablement trouvent-elles dans ces expressions ce qu'elles ont envie d'y trouver. Peut-être même font-elles revivre dans la voisine qui les écoute, une des personnes de leur passé. Ainsi, Mme.S. portait au doigt la bague qu'elle avait reçu de son père, et à partir de cette bague évoquait sa mémoire. Puis, ce fut sa mort qu'elle revécue. Alors, sa voisine devint le témoin de ce décès.

2. Avec une malade plus jeune.

On assiste assez fréquemment à la prise en charge d'une démente sénile par une malade plus jeune, qui se conduit avec elle, comme une fille avec sa mère. La vieille dame accepte alors cette présence et ces soins comme naturels et lui étant dûs.

3. Avec l'infirmière.

La démente sénile a une attitude de petite fille, ou même plus souvent de bébé avec l'infirmière; et semble ne voir en elle qu'une mère prodigue de soins, de nourriture, et de laquelle elle peut exiger une disponibilité totale. Nous ne reviendrons pas ici sur le comportement de la vieille dame détériorée, comportement déjà étudié dans la partie précédente.

Nous voudrions relater l'expérience de la jeune psychologue du service, qui a joué auprès de plusieurs malades âgées, le rôle d'une infirmière. Elle en emmena une plusieurs fois en promenade hors de l'hôpital, l'accompagnant chez le coiffeur, lui faisant faire quelques petits achats. Pour d'autres malades, ce furent des sorties et des goûters à la cafeteria. Les malades dont elle s'occupait, appréciaient beaucoup ces sorties, et quand elle leur annonça son proche départ, elles exprimèrent toutes leur regret de voir partir "une si gentille dame". On pouvait craindre que les vieilles malades ne vivent ce départ comme un abandon. En fait, aucune ne fit la moindre remarque à ce sujet, et ce fut comme si aucune relation ne s'était jamais nouée entre elles et la psychologue.

4. Entretien individuel avec le médecin.

Toutes les vieilles dames se sont prêtées volontiers aux entretiens. Elles sont contentes lorsqu'on les écoute, et elles recherchent le contact. Elles vous tiennent les mains, touchent vos vêtements, vos cheveux, veulent parfois vous embrasser.

Lorsqu'il s'agit d'un médecin homme, elles le considèrent comme un de leurs parents: petit neveu ou petit cousin. Ceci dans le cas d'une possibilité de différenciation des sexes. Il faut remarquer que celle-ci est souvent contingente de l'habillement et de la coiffure du médecin. Il est arrivé à plusieurs reprises que,

vêtue de pantalons, l'interne ou la psychologue, portant une perruque courte ou les cheveux tirés en chignon, soit alors appelée Monsieur.

Il semble que la démente sénile saisisrait une image globale de la personne qu'elle a en face d'elle, et ceci en dehors de tout déficit visuel important. Pour Minkowski, le sénile "vit dans le général".

La conversation reste pauvre sur le plan verbal. Elles répètent les mots comme pour mieux les comprendre. Leur débit est lent. Le vocabulaire est appauvri par rapport au niveau intellectuel préexistant et parfois se réduit à quelques mots. Elles répondent de façon indéterminée: "On" (l'enfant, lui, dit: "Bébé"), "Ca", "machin", "truc" ou bien évaluent quantitativement: "J'ai... J'ai pas... J'ai encore..." même des valeurs abstraites, telles que l'amitié, l'amour. Cette détérioration au niveau verbal correspondrait à la détérioration du MOI. Le "On" traduirait une perte de l'identité, sûrement associée à une perte des limites du MOI; une dépersonnalisation, forme de défense contre les situations anxiogènes. Les personnes âgées cherchent à se rassurer, à mesurer ce qu'elles possèdent encore, font une espèce de bilan. Elles disent souvent aussi: "On me doit bien ça" comme si leur MOI social déficient faisait appel à leur entourage, à la société pour combler cette insuffisance.

Pour Bastide, : "L'homme est de l'être; la femme de l'avoir". Pour la femme, la vie est une succession de ruptures; elle laisse tout échapper. Elle devient femme par la rupture de l'hymen, garde son enfant en elle pendant neuf mois; et cette partie d'elle-même, elle la perd encore à la naissance. Elle porte ensuite son bébé dans les bras, s'habitue à ce nouveau poids, et c'est alors qu'elle doit le sevrer. L'enfant devient indépendant et s'échappe de plus en plus, jusqu'au mariage où il quitte le foyer parental pour avoir sa propre vie.

La femme doit donc sans cesse s'adapter à de nouvelles situations, puis vient l'âge de la ménopause, et pour beaucoup cela équivaut à la "perte de la féminité".

Le langage semble, chez la démente sénile, relever d'un pur automatisme et non plus de la volonté d'exprimer quelque chose à autrui, et peut faire croire, à priori, que le vieillard reste adapté. Même si le contenu verbal du discours du vieillard est très appauvri, il y a conservation relative de l'affectivité dans la mimique, les inflexions de la voix. Les bébés parlent de façon expressive, sans qu'on puisse les comprendre. De même, les vieillards s'expriment beaucoup plus par gestes que par mots. Mme. God. ne peut expliquer le métier qu'elle faisait autrefois, mais en reproduit les mouvements. Les séniles utilisent des expressions très imagées. Mme. Mau., qui venait d'avoir une crise d'angoisse, dit: "Ca vacille, je sens que j'ai fini mon petit tour". Ou encore faisant allusion à la coquetterie: "Je ne me laissais jamais aller, mais maintenant, je reste calme". Mme. Pas. dit à propos du mariage: "Ma pauvre, à 90 ans, tout est dissous" et à propos de son corps: "Il est bouzillé, il est mort".

RELATION AVEC LE GROUPE.

A l'hôpital psychiatrique, qui devrait être un lieu thérapeutique et privilégié, les personnes âgées sont encore l'objet d'une ségrégation, et ceci à l'intérieur même du service.

Il nous a paru intéressant, pour illustrer cela, de rapporter ce qui s'est passé dans le groupe lors des dernières réunions de pavillon.

Il faut tout d'abord **rappeller** que ces réunions ont lieu, une fois par semaine, et réunissent dans la grande salle du rez-de-chaussée, malades valides et jeunes, infirmières, médecins et sont contrôlées par Mr. H. Jidouard, psychologue du service.

Or, à l'occasion de travaux et des déménagements qu'ils ont entraînés, on a fait descendre les "grands-mères" au rez-de-chaussée.

Réunion du 29 Septembre.

La salle est très grande, et pour ne pas être dérangés par les personnes âgées, on les a "parquées" derrière des meubles bas, divisant la pièce en deux. Elles se sont groupées derrière la séparation et sont manifestement très intéressées par ce qui se passe dans le groupe et cherchent à attirer notre attention, en parlant et chantant.

Au cours de la réunion de l'équipe soignante, qui suit, un peu culpabilisés par cette "mise au rebut", on décide d'inviter les vieilles dames à la prochaine réunion.

Réunion du 6 Octobre.

La semaine suivante, les grands-mères sont disséminées dans le cercle, par petits groupes de deux ou trois. Elles paraissent très contentes, mais ne cessent pendant une heure, de chantonner, soliloquer, de tenir de "petits monologues à deux", enfin de bruer de mille façons.

Les plus jeunes se plaignent d'elles. "Elles boivent notre café au lait... elles mangent le pain... elles raflent tout..." Une épileptique de 30 ans, essaye alors de prendre leur défense, bien maladroitement, et exprimant dans la première partie de sa phrase, l'opinion générale: "Ce ne sont que des grands-mères. Il faut être gentilles avec elles".

Quant aux personnes concernées, elles sont présentes physiquement, certaines intéressées semble-t-il, mais ne participent pas vraiment à la réunion. Aucune ne se défend, ne répond à ces accusations. Ont-elles seulement entendu ou compris ce qui a été dit?

Où bien, leurs interventions se réduisent à des manifestations d'égoïsme. Ainsi, Mlle. Gut. ramène tout à elle, disant à une malade jeune qui exposait de façon poignante sa détresse, "qu'elle l'agaçait", puis, lui coupant de nouveau la parole: "Moi, ...je..." suivi d'une banalité. La participation à la vie collective paraît bien réduite.

Réunion du 13 Octobre.

Nous sommes dès le début de la réunion frappée par la disposition de la salle. Toutes les jeunes sont groupées d'un côté, et toutes les grands-mères comme refoulées du côté opposé, rejetées par les premières. Ce qui va être verbalisé rapidement, et sur un mode explosif.

Une malade: "Maintenant que les grands-mères sont en bas, elles mangent tout le pain. On en a assez."

Une autre malade: "Elles mettent des cailloux dans nos assiettes, et boivent tout le jus de raisin".

Une autre: "Elles se croient toutes seules. On en a marre".

Le médecin: "Que peut-on faire? Quelle est la solution?"

C'est alors l'exclusion immédiate: "De toute façon, la fin des travaux approche, les grands-mères vont remonter et tout s'arrangera".

Réunion du 20 Octobre.

Cette fois, les vieilles dames ont de nouveau été reléguées derrière les meubles bas, à l'autre bout de la pièce. Nous nous étions déculpabilisés en disant qu'elles étaient vraiment trop bruyantes, et que, de toute façon, elles ne participaient pas à la réunion. Cette fois-ci, le fond du cercle reste entièrement inoccupé du côté des grands-mères, comme si on ne voulait pas leur tourner le dos, les exclure complètement. Quant à elles, elles sont massées derrière la séparation, parlant très fort: "Je veux aller avec les autres".

On leur dit de s'asseoir. Elles s'exécutent, mais entament entre elles, une bruyante conversation incohérente, comme des enfants rejetés par les adultes et qui se vengent en les empêchant de parler.

Ainsi, les démentes séniles sont rejetées massivement par le groupe, et ainsi que l'a exprimé une des participantes, rejetées car n'étant plus considérées comme personnes humaines: "Ca ne sont que des grands-mères". Or, les malades âgées veulent à juste titre, être encore présentes, encore vivantes, veulent que l'on s'occupe d'elles, mais dans ce but, se comportent comme des enfants, et ne peuvent donc participer à la vie du groupe.

LE VIEILLARD ET L'INSTITUTION.

Le vieillard qui se trouve en collectivité est désocialisé. Il abandonne une partie de lui-même "avec la perte de son rôle social, la réduction de son entourage géographique et affectif". Existe-t-il comme chez les jeunes enfants placés en institution lors des dix-huit premiers mois, un phénomène d'hospitalisme chez le vieillard? On a souvent relevé un nombre important de décès, dans les premiers jours et les premières semaines du placement en hôpital ou en maison de retraite, car le vieillard se sent alors "fini", rejeté par sa famille ou la société au milieu d'inconnus et d'indifférents.

L'hospitalisation entraîne souvent une détérioration ou une aggravation des troubles préexistants. Le cas de Mme. L. nous paraît illustrer cela. Cette dame, âgée de 78 ans, est adressée dans le service pour syndrome dépressif avec tendance suicidaire. Elle vit seule, étant veuve depuis de nombreuses années. Son fils unique, qu'elle a "toujours beaucoup couvé" est marié, et vient la voir une fois par semaine.

A l'entrée, la présentation est parfaite; la malade soignée, peu détériorée, mais très angoissée et très mécontente envers son médecin traitant qui l'a obligée à partir de chez elle, et l'a trompée sur sa véritable destination.

Les jours qui suivent, Mme.L. reste très méfiante vis-à-vis des médecins et des infirmières. "C'est une maison de rapports, les médecins se sont mis d'accord". Elle a peur de devenir folle, ici, et cherche à s'isoler. Elle se néglige et adopte rapidement un comportement asilaire.

Un entretien avec le fils nous apprend qu'elle a très mal supporté le mariage de ce fils et son départ du foyer "maternel" et que les troubles dépressifs ont commencé à la mort de son mari, survenue plus tard.

Ces faits mettent en évidence l'importance des facteurs psychologiques sur le comportement des personnes âgées. Les événements extérieurs suivants l'ont atteinte: d'abord la perte de l'autorité maternelle, due au départ de son fils, sur lequel elle avait beaucoup investi; ce départ réduisait l'amplitude de son rôle de mère. Puis la mort de son mari, la privant de son rôle d'épouse, qui constituait une autre partie d'elle-même et qui avait probablement une importance plus grande depuis le départ de son fils. De même, la conscience de sa diminution physique, l'insécurité de sa situation dans le présent, et plus encore dans l'avenir, et enfin, le déracinement brutal de son domicile, pour un lieu inconnu, tous ces faits ont été l'objet de crises, qui auraient nécessité pour elle, comme pour toutes les personnes âgées qui en sont victimes, "une aide et une assistance de la collectivité". Dépressive et anxieuse à son arrivée, la découverte de la réalité du service a déclenché un total repli sur elle-même, accompagné d'idées de persécution.

Prêtant une allure pénitentielle à son hospitalisation, elle se bâtissait un monde sans issue: "Je sais bien que je suis ici pour mourrir". On comprend l'incidence affective que peut avoir sur une personne âgée, la perte de son domicile. Un traitement mineur et une prise en charge importante de la part de l'équipe soignante et de la psychologue qui effectuait à ce moment-là une recherche sur l'hospitalisme du vieillard, ont entraîné une amélioration et assez rapidement la sortie de Mme.L. et son retour à son domicile.

La veille de son départ, elle nous tenait ces propos: "Je vais retourner chez moi; j'irai peut-être plus tard dans une maison de retraite, si je ne peux vivre seule, mais j'espère bien que je mourrai avant". Ces paroles traduisent donc la préférence de la mort à toute autre rupture dans l'existence comme le départ pour une collectivité, et d'autre part l'aspiration à une vie indépendante.

La semaine suivant sa sortie, la psychologue alla rendre visite à Mme.L. à son domicile. Elle trouva un appartement très propre, très bien tenu, et Mme.L. elle-même, beaucoup plus présentable que dans le service et soignée, et qui lui dit que la première chose qu'elle avait faite en rentrant chez elle, avait été de se laver, elle et tous ses vêtements, voulant effacer toute trace de son passage au Vinatier, si mal supporté.

Nous n'avons relaté ici qu'un cas précis et ayant bénéficié de circonstances favorables. Trop nombreux seraient les exemples d'aggravation de la confusion et de l'agressivité chez le sénile, à la suite d'une hospitalisation. Il serait souhaitable qu'il existe des structures associant à la fois tolérance à l'égard du vieillard et soins appropriés à ses troubles déficitaires.

Trop souvent, nous assistons impuissants, aux transferts de vieillards, de l'hospice à l'hôpital psychiatrique, pour une simple agitation nocturne, mal supportée par l'entourage, et qui pourrait facilement être réduite par une faible dose de sédatif.

Après avoir vu que ce qui caractérise le comportement psycho-social du sénile est sa tendance à l'isolement, à l'égoïsme, nous avons voulu explorer plus objectivement les modifications de la psycho-affectivité de la femme âgée.

Nous avons présenté aux malades de notre échantillonnage, diverses photographies représentant le couple, le mariage, la vie de famille, etc.. et leur avons proposé un test d'association de mots, type série de Jung. Mais, l'interprétation s'est avérée difficile et sujette à caution. Il nous a donc paru plus intéressant de nous limiter à l'étude du test projectif de Rorschach, qui permet une approche plus précise du psychisme du sujet.

. . .

III°PARTIE : ASPECT PROJECTIF:TEST DE RORSCHACH.

QU'EST-CE QUE LE RORSCHACH?

Le Rorschach entre dans la catégorie des tests projectifs,appelés encore tests de personnalité. C'est une épreuve où l'on peut observer la libre activité créatrice d'un sujet,et de la même manière que l'on peut remonter d'une oeuvre à son créateur,on cherchera l'expression de la personnalité à travers la production originale,la manière de la réaliser,la structure qu'il lui impose,l'interprétation qu'il en donne.

La personnalité peut être considérée comme une structure dynamique,se caractérisant par une certaine perception du monde,par un certain style dans l'action,et une certaine manière de prendre les diverses situations.

La projection est l'un des aspects du mécanisme d'expression de soi,qui n'est pas seulement à un niveau conscient et réfléchi,mais aussi à un niveau inconscient,non réfléchi et vécu.Dans ce cadre,l'expression du MOI prend des formes particulières,plus ou moins symboliques,que l'on appelle projection.La projection est l'expression du MOI,à un niveau de la personnalité qui est le niveau vécu-non réfléchi.Une remarque s'impose, c'est que la notion de projection telle que nous la définissons ici,est tout-à-fait différente de la notion freudienne de projection.Pour Freud,la projection est un mécanisme de défense du MOI,consistant à attribuer à autrui,les sentiments négatifs que l'on ressent soi-même,de façon à se libérer de l'angoisse,et à justifier son comportement en fonction des sentiments que l'on prête à autrui.

Le test de Rorschach a été créé en 1921. Il consiste à faire interpréter librement des figures réalisées d'une manière indéterminée. Le test de Rorschach comprend une série de dix images, qui sont les dix planches du Rorschach. Les dessins de ces planches sont symétriques, noir sur fond blanc. Les planches II et III comportent du rouge plus ou moins circonscrit et détaché du noir et les planches VIII, IX et X sont composées de taches de couleur pastel. L'intérêt de ce test est qu'il nous donne des renseignements extrêmement complets en partant de la perception. Il n'est plus à démontrer que personne ne perçoit les choses de la même manière et que la personnalité est déjà engagée au niveau de la perception. Le matériel est un matériel instrué et on demande au sujet de le structurer. Pour ce faire, le sujet ne peut mettre en oeuvre que sa propre structure psychique, et c'est celle-là même qui apparaîtra dans son interprétation. Le test de Rorschach n'est autre qu'un révélateur des structures profondes de l'univers inconscient.

LE RORSCHACH DU SENILE.

Peu d'auteurs se sont intéressés au Rorschach des vieillards et l'on retrouve dans les meilleurs cas, seulement quelques lignes traitant de ce sujet.

Il est certes difficile de faire passer un protocole de Rorschach à un dément, en raison même des troubles provoqués par son affection: défaut d'attention, amnésie, lenteur d'idéation, pauvreté intellectuelle. Les difficultés augmentent encore du fait de la régression des perceptions. Bien souvent, le sujet entend mal et risque de mal comprendre les consignes. De plus, une vision défectueuse ne permettra qu'une appréhension approximative des planches. Il est aussi fréquemment gêné par sa difficulté

à verbaliser par appauvrissement du langage, moyen d'expression par excellence, et par sa difficulté à manier le symbole.

Le dépouillement des protocoles met bien en évidence la détérioration, la désorganisation du MOI des sujets.

Diminution du nombre des réponses.

Le Rorschach du vieillard semble caractérisé par une diminution du nombre des réponses cotables: moins de 15, pour H. By; la normale paraissant être d'environ 25 à 40 réponses, fournies en 20 à 30 minutes. A noter qu'il ne faut pas négliger dans l'évaluation des réponses, le niveau intellectuel préexistant et les facteurs socio-culturels. En effet, chez les personnes en bonne santé mentale, le nombre des réponses peut varier du simple au triple, entre personnes de niveau socio-culturel très bas et d'autres plus élevé.

Lenteur.

La durée de passage du protocole augmente, exprimant la lenteur du vieillard, lenteur intellectuelle ou par inhibition: augmentation du temps de latence ou temps mis à donner la première réponse cotable ; et augmentation du temps par réponse (temps total divisé par le nombre de réponses).

Cette lenteur est différente de la bradypsychie du débile et aussi de celle de l'épileptique, qui oscille sans arrêt entre cette bipolarité: adhésivité et explosivité.

Persévération.

On a l'impression qu'au-delà de la psychopathologie qu'on retrouve dans chacune des études, on note des persévérations dans tous les Rorschach de vieillards. Rorschach avait déjà remarqué celle-là, et proposait, pour l'éviter, de faire passer le protocole sur plusieurs jours.

Ces persévérations pourraient être prises à première vue, pour une sorte de lenteur intellectuelle, ou de la viscosité qu'on retrouve chez l'épileptique. Or, c'en'est ni l'un, ni l'autre. Tout se passe comme si la personne restait sur le même stimulus, que toutes les planches du Rorschach correspondaient à un même stimulus provoquant soit la même réponse, soit le même type de réponse.

Abstraction.

L'abstraction qui est un des signes principaux de la schizophrénie, correspond dans le cas du vieillard à une rupture de la relation, à un repli, un dessèchement affectif, une dévitalisation. Il y a mise à distance du vécu du fait des troubles de la relation, du rejet par le milieu et de "l'autisme" secondaire dans le sens où Minkowski a pu écrire que: "L'autisme n'est pas un repliement sur soi-même, mais un détachement de la réalité".

Labilité affective.

Le mot "labile" d'après la définition du dictionnaire Quillet, vient de la racine latine: labile = caduc et signifie instable.

La labilité affective retrouvée, chez l'hystérique, en symbiose avec son milieu, n'est par contre jamais retrouvée chez le schizophrène, lequel au contraire, est imperméable sur le plan affectif. Chez le sujet âgé, la labilité correspond à une relative confusion entre la personnalité du sujet et le milieu ambiant, entre le MOI et le non-MOI. La détérioration des liens entraîne une plus grande sensibilité à ce milieu, d'où labilité de l'affect. Si quelqu'un dit ou évoque quelque chose de triste, le vieillard sera triste et inversement.

Le sujet se comporte de façon complémentaire au milieu. Il réagit affectivement devant les planches: "c'est triste" ou au contraire rit.

Moindre irradiation des images.

Normalement, chaque planche du test de Rorschach faisant une certaine impression sur la personne, induit une signification différente pour chaque planche.

Chez le sénile, la perception des planches devient indifférenciée du fait de l'autisme cité précédemment, du syncrétisme entre le MOI et le non-MOI. Le stimulus venant de l'extérieur agit moins. Le vieillard est moins à l'écoute de "l'extérieur" et projette davantage son monde, ce qui, à la limite et de manière apparemment paradoxale, empêcherait de pratiquer le Rorschach chez le vieillard.

MODE D'APPREHENSION.

On ne retrouverait que peu de réponses globales (G) et de grands détails (D), dans les protocoles de vieillards.

Les G correspondent à une vision immédiate, directe, souvent basée sur une vue unitaire des contours. Le G se présente comme une composante à cheval sur le domaine intellectuel et affectif. Le G% est généralement faible, chez les séniles, où l'on retrouve, par contre, des G pathologiques: G confabulatoire (Ex.: deux chiens qui se querellent. PL.IV.) ou G syncrétique (Ex.: Un tas de choses. retrouvé dans différentes planches).

La localisation D, "détail interprété par les normaux" désigne des localisations, des parties qui s'imposent le plus" dit Rorschach. Un D% très bas est le signe d'un désintérêt du réel, du concret, pour des raisons affectives.

LES DETERMINANTS.

"Les éléments de forme, kinesthésie, couleur et leur allure dans le processus perceptif" sont les éléments qui déterminent les réponses d'après Rorschach.

Chez le vieillard, les formes bien vues (F+), sont rares. Par contre, les formes mal vues (F-) et (F₊) sont fréquentes et constituent soit des erreurs perceptives par laisser-aller et manque de contrôle, soit un déficit intellectuel avec attitude infantile et tendance à la persévération et difficultés de différenciation perceptive".

On ne retrouve pas dans les protocoles de séniles de C (réponse couleur) et de K (réponses kinesthésie à l'image de la vie affective, desséchée, bloquée.

"La coartation est-elle un blocage ou l'expression d'une pauvreté réelle ou d'une inaptitude à manier les symboles?" Mme. N. de Trautenberg.

La vieillesse, comme nous l'avons vu, entraîne une réduction de la capacité d'adaptation à une situation. L'absence de K correspond à une diminution du contrôle et de la créativité. L'absence de C correspond à la diminution de l'affect. Lorsque le rapport C/K est proche de 0, il y a coartation, rétrécissement de l'affectivité, ce que l'on retrouve dans tous les protocoles de séniles.

Mais on peut obtenir très peu de réponses dans le Rorschach, avec une affectivité relativement conservée dans le comportement.

Donc, la coartation n'apparaît que si il existe soit un dessèchement affectif, soit une impossibilité d'épanouissement.

Contenus.

On trouve normalement de 15 à 20% réponses humaines (H), et 35 à 50% réponses animales (An).

Chez le vieillard, les réponses humaines ont pratiquement disparu, la relation inter-individuelle étant perturbée. On retrouverait un grand nombre d'images corporelles, de contenus anatomiques: lorsque le MOI régresse, la personnalité régresse et devient centrée sur elle-même et fait appel à l'extérieur, pour qu'on s'intéresse à elle.

Par contre, les réponses animales, signe d'infantilisme sont multiples; parfois, 100% d'un protocole. "Le contenu animal est un indice du penchant à constituer des attitudes associatives stéréotypisantes".

On remarque une régression dans l'univers vivant, de l'homme à l'animal; puis de l'animal au végétal (arbre, plantes, fleurs) et enfin du monde vivant au monde inanimé: objet (rocher, maison, lampe..).

Angoisse.

L'angoisse est fréquemment retrouvée et mise en évidence par les petits détails (Dd) en nombre élevé, les clair-obscur (Clob), et surtout dans les refus, les mises à distance.

Ex.: Mlle Gut.: "Je ne vois pas bien ce que c'est. Je ne suis pas comme eux, moi".

Plusieurs malades: "Oh, c'est compliqué".
"C'est difficile". "Je suis un peu dépassée".

Mme. Cou. répond à la Pl.V: "caricature" avec mise à distance de la sexualité.

Après avoir noté que le Rorschach du sénile est essentiellement caractérisé par un appauvrissement intellectuel et affectif, une perturbation de la relation inter-individuelle et un repliement sur soi, donc une régression importante de la personnalité du sujet, nous allons maintenant étudier les protocoles, planche par planche.

LE RORSCHACH AU FIL DES PLANCHES.

PLANCHE I.

La première planche constitue une situation de surprise, le sujet se trouvant devant une réalité non structurée, sans forme, à laquelle il doit donner un sens. L'effort que le sujet fournira pour donner une signification sera fonction de l'effet de surprise, de la manière dont il aura compris la consigne, de la relation qu'il aura avec le psychologue ou le médecin faisant passer le test, bref de l'ensemble de la situation dans laquelle il se trouve. On peut ajouter, avec Mme. Minkowska que, si aux planches qui suivent, le sujet marque quelques hésitations, celles-ci ne pourront pas être ramenées à une mauvaise compréhension.

Que signifie la planche I?

Il semble qu'elle soit le modèle des situations caractérisées par l'exigence d'affirmation de soi, dans l'affrontement d'une situation imprevue, surprenante et nouvelle, sous le regard et le jugement d'autrui et sans moyen de contrôler la valeur de ce qu'on fait.

Nous avons été frappés, par le fait que, dans les dix Rorschach, toutes les malades ont eu de grosses difficultés et n'ont pu fournir de réponses satisfaisantes.

Pour prendre quelques exemples:

Mme.Gel. va réagir par une interrogation exclamative: "Qu'est-ce que c'est que ça?" marquant un instant de sidération, et devant son incapacité à faire face à la situation nouvelle, elle se retourne vers le médecin: "Qu'est-ce qu'il faut dire?" Elle demande ainsi de la prendre en charge.

Mme.Bon. se montre incapable de saisir la planche dans son ensemble, ne pouvant donner qu'une interprétation Grand Détail, suivie bientôt d'une interprétation Petit Détail, très régressive.

Mme.Bis. interprète la planche de manière confabulatoire: "C'est une espèce de bête qui passe dans la chambre" de même que Mlle.Gut. qui s'exclame: "Je connais des choses religieuses, le travail et quelques plantes".

PLANCHE II.

La deuxième planche est plus difficile que la planche I, au point de vue de la compréhension et de la maîtrise de sa réaction personnelle. Le rouge, symbole de danger, est associé au noir intense, symbole d'angoisse et peut ainsi provoquer des chocs. Il est donc important de voir de quelle manière le sujet va réagir à ces éléments de choc.

La planche II est le modèle de situation caractérisée par l'affrontement d'un danger ou d'une menace comportant un risque d'écrasement du MOI. On mesurera par le fait même, la capacité de résistance du MOI aux stress. Mme. Minkowska devait d'ailleurs insister sur le climat lourd de cette planche.

On s'aperçoit ici de la fragilisation au niveau de la résistance aux stress, en ce sens que bien des décompensations se produisent à cette planche.

Citons par exemple:

Mlle.Gut. qui réagit par le refus et la fabulation:"Ca ne me dit rien du tout.C'est pas des faux dieux?Je suis catholique.Ca ne peut pas m'intéresser.Ca me donnerait plutôt envie de rire, ou de m'en aller".

Nous découvrons chez Mme.Cai. un choc au noir très important(c'est-à-dire à l'angoisse) et un choc au vide(symbolique d'un trouble dans l'évocation de l'avenir et d'une peur de la mort).

Mme.Bis.réagit par un choc au rouge,refus du rouge(événement vécu comme une agression,et comme un danger pour l'individu).

et Mme.Gel. présente un choc au rouge et un choc au noir.

PLANCHE III.

La planche III est plus légère que la seconde par sa forme générale et par le noir atténué. Il y a une prégnance qui sollicite une interprétation de mouvement.C'est le modèle de situation correspondant à des actions habituelles ou faciles,exigeant une reconnaissance et une décision immédiate.C'est en somme, la qualité et l'efficacité de l'action volontaire dans le cours de l'existence quotidienne banale.

Cette situation est vécue en général, sur le mode de l'angoisse.Tout se passe comme si le vécu le plus banal de chaque jour était source de problèmes graves.Ainsi,Mme.Bon.vit cette situation sur un mode insécurisant:"Un policier avec un fusil".

Mme.Bis. réagit par un choc au rouge.

Mme.Mau. donne une réponse clair-obscur,et

Mlle.Gut. une confabulation correspondant à un refus de la situation.

PLANCHE IV.

Dans la quatrième planche, le sujet est sollicité par des nuances d'ombre, des gris dans le noir. Devant ces infimes détails, la conscience n'est pas fortement sollicitée pour les saisir consciemment. Ce sont des nuances discrètes qui seront vues par le sujet si il y est sensibilisé. Les ombres sollicitent des réponses clair-obscur, support d'expression de l'angoisse.

Cette planche est le modèle qui correspondrait aux situations d'insécurité engendrées par une relation interpersonnelle négative, imposant une contrainte massive.

On s'aperçoit que dans ce cas, les malades se laissent aller à l'impression désagréable de la planche, ce qui signifie pour le malade impossibilité de réaction positive ou de surcompensation; se laisser aller pouvant signifier à la limite, un effondrement du MOI.

On note chez Mme. Pas. une interprétation confabulatoire, doublée d'une vague submergente d'angoisse.

Mme. Cai. répond par une succession d'interprétations, à majorité mal vues, confabulatoires et anxiogènes, après un choc au noir important.

Mlle. Gut., visiblement très angoissée, s'exclame devant cette planche: "Le champignon de la bombe atomique, comme il éclate".

Mme. Mau. reste plus de quatre minutes devant la planche pour donner une réponse confabulatoire, suivie d'un entretien d'où sourd l'angoisse.

Mme. Bis. refuse la planche après un énorme choc au noir.

PLANCHE V.

Dans la cinquième planche, l'interprétation d'ensemble est facilitée par l'unité de la tâche. Mais, comme celle-ci est noire comme la précédente, on va pouvoir suivre sur celle-ci les conséquences de la quatrième et mesurer l'effet retard.

C'est le modèle des situations de réflexion et de confiance du MOI, sur lui-même. C'est le miroir du MOI. C'est l'image de soi pour le sujet, dans sa relation fondamentale au réel, à autrui, et à l'action. Mme. Minkowska a soutenu que le fait de ne pas donner la réponse banale (à savoir ici, la chauve-souris) est toujours signe d'une grave perturbation affective.

On s'aperçoit que sur les dix sujets, deux seulement donnent la banalité. Les huit autres refusent la planche ou s'enfoncent dans des réponses confabulatoires, des formes mal vues, et des réponses clair-obscur.

PLANCHE VI.

La sixième planche est le modèle situationnel correspondant aux situations de provocation sexuelle, et à l'image du MOI, dans sa confrontation avec la sexualité, en général.

Quatre sujets refusent la planche. Sur les six autres, aucune ne donne la banalité. On note presque exclusivement des formes mal vues, des réponses clair-obscur et aucune interprétation humaine.

Une des malades, Mme. Mau., va même jusqu'à délirer: "C'est bien, et puis c'est des choses qu'on voit pas tout le temps. Bien! (met la planche loin d'elle, sur la tranche). Je vois qu'il n'y a rien d'oublié dessus. Le dessin, il partait là-haut".

PLANCHE VII.

La septième planche correspondrait à l'image de soi, projetée dans l'avenir, et à la représentation de l'avenir personnel. Elle met en jeu la confiance en soi, en l'autre, à l'avenir.

La quasi-totalité des planches nous laisse apparaître les sujets comme si ils avaient un abîme devant eux. Angoissés de l'avenir, angoissés de la vie, angoissés de la mort.

Mme. Mau. et Mme. Pas. refusent la planche.

Mme. Cai. donne des réponses imprécises et anxiogènes.

Mlle. Gut. fuit dans l'abstraction: "deux divinités païennes qui se regardent".

Mme. Gol. demande de l'aide au médecin.

Mme. Reg. fournit des réponses confabulatoires avec choc au noir.

PLANCHE VIII.

La huitième planche est la première planche polychrome. Les couleurs, d'après Rorschach, favorisent l'expression de la communication. Le modèle situationnel de cette planche correspondrait (à travers ses couleurs légères) aux situations d'adaptation à la réalité socio-affective en général, c'est-à-dire à la faculté à nouer des relations sociales de type banal, sans intimité. C'est, en somme, le comportement socio-affectif de participation au groupe.

On note une liquidation presque générale de cette situation par les sujets (situation qui, normalement, suscite de très nombreuses réponses) ce qui, sous-entend un malaise profond au niveau de leur intégration dans le groupe.

Mme.Pas. refuse la situation après avoir interprété confabulatoirement; de même que Mme.Cai.

Mme.Mau. refuse la planche; et

Mme.Cou. liquide la planche après deux interprétations mal vues.

Mme.Bis. liquide aussi la situation après avoir dit: "Je ne vois pas du tout ce que c'est".

PLANCHE IX.

Dans la neuvième planche, les couleurs (plus intenses que dans la planche précédente) prennent une autre signification, tout en restant une sollicitation d'un lien avec autrui. Il s'agit d'un lien plus profond.

Le modèle situationnel correspondrait ici aux situations dans lesquelles le sujet aurait à exprimer ses sentiments intimes par la médiation d'une relation interpersonnelle ou sociale où cette expression spontanée est sollicitée.

C'est une planche très chargée affectivement. On remarque chez les sujets, un grand nombre de réponses anxiogènes (clair-obscur) et un rejet très intense de cette situation. Il faut noter aussi le nombre très faible des réponses, qui souligne la signification désagréable.

Mme.Bon. rend la planche après avoir donné une forme mal vue.

Mme.Lac. répond par de l'agressivité: "Un genre de scorpions, vous savez ce qui pique, avec une aiguille".

Mme.Cou. fournit une réponse anxiogène: "Caricature" sans toutefois, pouvoir se séparer de la planche.

Mme.Reg. rend la planche après une bouffée d'angoisse (clair-obscur).

PLANCHE X.

La dernière planche correspondrait à la vie quotidienne, dans son aspect social, comportant une multiplicité d'actions à accomplir sous le regard d'autrui. On analyse ici, les réactions devant l'urgence d'une situation complexe.

On note de multiples chocs à la couleur, ce qui souligne la grande désadaptation des sujets dans ce cadre. Ceci étant encore mis en relief, par le faible nombre de réponses.

Mme. Pas. et Mme. Cai. refusent la planche.

Mme. Cou. et Mme. Gel. donnent une forme mal vue.

Mlle. Gut. répond par une abstraction sur un mode religieux.

UN PROTOCOLE DE RORSCHACH.

Nous allons maintenant proposer un protocole complet de Rorschach, qui paraît assez bien illustrer la régression affective des vieillards. Il s'agit de Mme. Gel. 65ans, mariée, sans enfant. Elle a reçu une série d'électro-chocs en 1951, à la suite d'une grossesse tardive, suivie quelques jours plus tard de la mort du bébé. En 1967, elle a présenté un état dépressif sévère avec hallucinations auditives. Actuellement, elle offre essentiellement un tableau de sénilité. Elle est très détériorée, présente des troubles mnésiques importants, est désorientée dans le temps.

Voici donc les éléments que nous a apportés le passage du protocole.

1.	Temps		Entretien	Mode appréh	Déter	Cont	Ban Orig
	10" 45" 1'	Prend planche à 2 main Qu'est-ce que c'est que ça? Une araignée. regarde attentivement Qu'est-ce qu'il faut dire encore? Rend la planche.	araignée= ensemble	G	F+	A	
	5" 20" 30"	Prend planche 2 mains Ca, c'est un papillon Il va s'envoler Rend la planche	papillon= rouge en bas	D	F+	A	
	25" 30" 1' 1'5"	Serre Pl. à 2 mains Je vois pas ce que ça représente Des hommes, on dirait Un chien (tache rouge à droite, en haut) Un papillon (rouge milieu)	2 petits oiseaux taches rouges	G D D	K F+	H A A	Ban Ban

Temps		Entretien	Mode App.	Déter	Cont.	Ban. Orig.
20"	Prend Pl. à 2 mains Un rocher	rocher=ensemble	G	F-	Obj.	
30"	Des serpents (en haut, à D et à G)	montre les serpents	D	F+	A	
15"	Prend Pl. à 2 mains C'est un papillon	l'ensemble	G	F+	A	Ban.
30"	Je sais pas bien ce que ça représente. Rend la Pl. Y en a beaucoup? (de planches)					
30"	Prend la Pl. à 2 mains La rapproche d'elle. Examine attentivement. Je sais pas ce que ça représente. Pose la Pl. Air découragé.	Arbre=axe Fleurs à D et à G, de axe en haut				
50"	C'est difficile. Rend la Pl.					
25"	Prend Pl. à 2 mains. Un chien (à D, à G)	partie médiane	D	F+	A	
45"	C'est pas ça? Aidez moi un petit peu. Rend la PL	papillon= en bas				
5"	Prend Pl. à 2 mains. Ca représente un arbre avec 2 bêtes (rose)	arbre=axe	Ddi D	Clob F+	Veg A	Ban
25"	Je sais pas ce que c'est ces bêtes.					
45"	C'est tout. Remet la Pl sur la pile qu'elle range.					
25"	Pl. à 2 mains. Un arbre avec des fleurs	arbre=axe fleurs=taches oranges	Ddi D	Clob F+	Veg Veg	
50"	C'est tout. Range Pl.	fleurs=taches roses				
30"	Pl. à 2 mains. 2 araignées (bleu)	oiseaux	D	F+	A	Ban
35"	des petites maisons		D	F-	Obj	
45"	des fleurs (rose)		D	F-	Veg	
50"	Et puis c'est tout. Rend la planche					

Dépouillement du protocole.

Nombre total de réponses = 16.

Temps total de passation = 8'

Rapport T/R = 30"

Temps de latence moyen = 21". (si on exclut la planche VI=18".

Temps plus long aux planches : 3-6-10-9-7.

Choc important à la planche VI.

Temps moyen sur chaque planche = 48".

Sur 16 réponses.

$$G = 3$$

$$F+ = 11$$

$$A = 9$$

$$Q = 1$$

$$F- = 2$$

$$H = 1$$

$$D = 10$$

$$Clob = 2$$

$$Obj = 2$$

$$Ddi = 2$$

$$Veg = 4$$

Type d'appréhension.

$$\frac{G}{R} = \frac{3}{16} = 19\%$$

$$\frac{G}{D} = \frac{3}{10} = 33\%$$

Action de la raison au niveau de l'effort.

$$\frac{F}{R} = \frac{13}{16} = 80\%$$

Mesure de l'action régulatrice de la raison au niveau du résultat.

$$\frac{F+}{F} = \frac{11}{13} = 84\%$$

TRI = C/K

$$C=0 \quad K=1$$

$$\frac{0}{1-0} = 0$$

coarté.

TRI pathologique; étouffement de l'affectivité.

blocage?

Rapport secondaire du TRI.

$$\frac{R}{\sum R} = \frac{8+9+10}{16} = \frac{27}{16} = 44\% \quad \text{Extratensivité.}$$

Remarques:

1 seul H = Pauvreté des relations interpersonnelles.

Nombreux A (9) = Mécanisme mental automatisé. Stéréotypes.
Pas d'intervention de la réflexion.

Végétal(4) = Réponses moins évoluées que A. Descente
dans l'échelle des organismes vivants.
Vie peu élaborée. Infantilisme.

Obj (2) = Rocher=minéral. Pas de forme précise, pas de vie.
Difficulté d'entrer en relation vivante avec
autrui.

Interprétation "papillon" de type archaïque, souvent citée.

$$\frac{A + V_{EG} + Obj}{R} = \frac{15}{16} = 93\%$$

Peu de contenu affectif.

Interprétation et essai de synthèse.

Rappelons d'abord que le sujet est
une femme âgée de 65 ans.

Son mode d'appréhension de l'épreuve
(nombre de R faible=16-Proportion moyenne inférieure
de G = 19%) nous place d'emblée devant une alternative:
le sujet est-il débile ou inhibé?

L'absence de Dd et de D olig., les temps
de latence brefs, et le temps moyen par réponse normale,
plaident en faveur de l'inhibition (sans que nous puissions
dire encore s'il s'agit d'une inhibition liée à
la situation de test, à une pathologie évolutive ou
à une structure rigidifiée).

Le mode de succession: compte-tenu du **faible**
nombre de réponses- est difficile à mettre en évidence.
Pour les planches auxquelles le sujet a donné plus d'une
interprétation (Pl. 3-4-8-9-10), le mode d'appréhension
n'est ni incohérent, ni rigide. Aux Pl. 3 et 4, nous trouvons
une réponse G, suivie d'un D, ce qui dénote une démarche
"normale".

En revanche aux Pl.8 et 9, la première interprétation est un Ddi(Clob) qui pourrait témoigner d'un fond d'angoisse chez le sujet (qui n'apparaît pas dans les planches noires où il est peut-être signalé par le choc au noir que nous analyserons plus loin). Cette angoisse ne rend pas compte de la totalité de l'inhibition du sujet, mais participe sans doute (avec le refus de la Pl.6 et les interprétations Obj(rocher) à son explication.

L'analyse des déterminants. nous amène à envisager chez ce sujet l'action régulatrice de la raison. Les réponses F représentent 80% de l'ensemble des réponses. C'est une proportion supérieure à la moyenne, qui peut dénoter un étouffement de la vie affective, une difficulté dans la relation à autrui. Ce signe confirmerait l'impression de l'inhibition affective et nous orienterait à en chercher la cause dans une certaine rigidité structurelle (plus qu'un effort de rationalisation).

La proportion des formes bien vues, $F+/F=84\%$ tend à prouver que le sujet réussit son effort d'intellectualisation, mais l'examen du contenu des réponses nous montrera sur quel mode (stéréotypé-infantile) cette réussite est possible.

Les déterminants nous permettent également de calculer le type de résonance intime (TRI) du sujet. La proportion $C/K=0/1$ est caractéristique d'un sujet co-arté tandis que le rapport secondaire $N(R)Pl\ 8+9+10 / N(R\ totales)=44\%$ est caractéristique de l'extratensivité. Cette contradiction nous ramène à notre première hypothèse: avons-nous affaire à un sujet débile ou inhibé. Le rapport secondaire nous fait pencher vers la seconde hypothèse. L'absence de K et de C dans le protocole serait due à un choc au noir-indice de l'angoisse du sujet- qu'il ne parvient à surmonter que par un effort d'intellectualisation qui permet une mise à distance de l'angoisse.

Les réponses les plus nombreuses aux dernières planches en couleur indiquent une légère levée de l'angoisse due à la stimulation positive de la couleur, mais les déterminants restent la forme ou le Clob et n'introduisent pas de réelle contradiction avec le début du protocole; ils témoignent en définitive plus de rigidité que d'inhibition.

L'analyse des contenus va nous permettre de cerner le profil du sujet. Une seule réponse H est un signe majeur de difficulté à s'identifier à l'être humain ou à entrer en relation (si cette réponse n'étant pas la Ban de la Pl 3, le pronostic pourrait même être nettement psychotique).

La proportion importante (63%) de réponse A est signe d'infantilisme. Compte-tenu de l'âge du sujet, et parce que nous ne pouvons raisonnablement établir un diagnostic de débilité franche, nous pouvons penser qu'il s'agit d'une régression liée à la situation (depuis 4 ans en hôpital psychiatrique) et surtout à l'âge du sujet.

Les réponses végétales (25%) confirment cette hypothèse, dans la mesure où elles témoignent d'un infantilisme encore plus grand que les réponses A. Elles sont en outre, un signe de dévitalisation, confirmé dans le protocole par la présence de 2 réponses Obj (rocher).

Avec ces dernières (et le refus de la Pl 6) nous atteignons peut-être le noyau central des difficultés du sujet symbolisées dans la dévitalisation totale et la forme mal vue du rocher.

En conclusion, on peut penser que sur un fond d'angoisse qui subsiste (Clob-Obj), sans doute d'origine sexuelle (refus de Pl.6), le sujet a élaboré, au prix d'une régression de type infantile (%A+Veg), une structure non-délirante (F+/F normal), mais pauvre et stéréotypée sur le plan intellectuel (Ban=32%) et fortement dévitalisée sur le plan affectif (co-urté).

Nous sommes sans doute en présence d'un syndrome propre aux vieillards parvenant à surmonter des difficultés psychiatriques tardives par la régression, l'infantilisme, et la rigidité mentale et affective.

L'étude du Rorschach chez les femmes âgées a donc bien mis en évidence la perte de la relation inter-individuelle, la régression du monde vivant au monde inanimé, l'angoisse et la détérioration du MOI.

Mais, ce test assez difficile demande de la part de la malade, une conservation suffisante de son vocabulaire et de sa capacité de compréhension, et dans notre groupe de malades, nous n'avons pu le pratiquer que dans 10 cas, 3 des démentes séniles étant trop détériorées pour fournir une seule réponse cotable.

Le test projectif de Rorschach présente donc un intérêt certain dans un but de recherche, mais ne trouve pas d'application courante dans le cas de la sénilité. Il ne fait que confirmer la détérioration affective du sujet.

. . .

- POUR CONCLURE -

La création de spécialités telles que la gérontologie et la gériatrie, marque un essai de prise en charge du sujet âgé. Mais, l'hôpital psychiatrique reste un dépotoir pour déments séniles. Or, pour Richard: "La chronicité et l'incurabilité, ça n'existe pas".

Pour que l'hôpital devienne thérapeutique pour le vieillard, il faudrait de petites unités de soin, pouvant accueillir de 25 à 30 personnes âgées, des deux sexes; des bâtiments ne comportant qu'un seul étage, avec ascenseur, plans inclinés éliminant les escaliers, qui limitent tant les déplacements des vieillards, et réduisant aussi les risques de chute aux conséquences souvent mortelles. Les locaux doivent être agréables, de couleurs claires, bien chauffés. Les chambres doivent ne contenir que deux à quatre lits, ceux-ci étant bas, avec tables de nuit, placards personnels, sièges adaptés.

Importante et trop négligée est la diététique du vieillard. Celui-ci présente souvent des troubles nutritionnels et est de plus handicapé par la chute de ses dents. D'où nécessité de rations équilibrées et de menus variés et stimulant l'appétit.

Le personnel doit être en nombre suffisant et doit être sélectionné. Infirmiers ou infirmières doivent avoir assumé l'idée de leur vieillissement futur, et par conséquent, l'idée de leur mort, pour être à l'aise avec les personnes âgées, et ne pas projeter sur eux, leurs propres problèmes. Il est souhaitable que les mêmes soignants s'occupent toujours des mêmes vieillards, pouvant ainsi mieux les connaître, et avoir avec eux une relation plus profonde.

Il faut noter l'importance du maternage, de la rééducation pour restructurer le vieillard et limiter la chronicisation. L'infirmier sera aidé dans sa tâche par le physiothérapeute, l'ergothérapeute, et le médecin surveillera l'état somatique du sujet âgé.

Il est important de maintenir des relations avec la famille, intéressant celle-ci à l'état de son parent âgé, et l'amenant à prendre le relai, si il y a amélioration et possibilité de sortie de l'hôpital. Il faut noter qu'il est parfois préférable de garder le vieillard en milieu institutionnel, si il y est bien adapté, car un nouveau changement dans son mode de vie, risque de provoquer une recrudescence de sa détérioration.

Ainsi, se présente donc l'hôpital psychiatrique souhaitable pour les vieillards. Mais, nous espérons qu'une politique de prise en charge préventive de la vieillesse, réduira un jour le besoin d'hospitalisation et freinera la désadaptation du sujet sénéscent, le milieu environnant l'assumant pleinement.

.
.
.

- CONCLUSIONS -

Il est certain que l'on ne peut nier la sexualité des vieillards. Les travaux américains nous en apportent les preuves statistiques, et l'expérience des médecins d'hospice de nombreux exemples. Mais, les milieux institutionnels, quoique tendant à la mixité, la réserve encore préférentiellement aux services de jeunes.

Les services psychiatriques de femmes âgées, strictement homosexuels et à population fort détériorée, nous ont seulement permis d'observer des formes très régressives de la sexualité, manifestations multiples prégénitales: les exemples de conduites orales et anales abondent alors.

Le vieillard régresse, s'infantilise. Ses relations sociales s'amenuisent. Indifférente ou rejetée, la démente sénile devient alors dépendante et exigeante, comme un enfant, à l'égard des infirmières qui la prennent en charge.

L'étude objective de la psycho-affectivité de la femme âgée détériorée à travers des protocoles de Rorschach a bien mis en évidence, la régression, l'infantilisme, l'appauvrissement mental et affectif, dus à la désorganisation du MOI.

Malgré ce dessèchement affectif mis en évidence si nettement par le test projectif de Rorschach, nous restons persuadée, qu'à un niveau non intellectualisé infraverbal, le vieillard détérioré conserve encore en partie, son affectivité.

C'est cette persistance de l'affect
que l'on doit rechercher chez le sujet âgé, et utiliser
afin d'éviter une détérioration plus profonde.
Il faut donc s'occuper de lui, sinon il devient un mort-vivant.
Et beaucoup de services hospitaliers ne sont plus que
des "mouroirs". Le vieillard, pour continuer à vivre,
a besoin de sentir qu'on a besoin de lui, que sa parole
compte, qu'il existe encore.

.
. .

Le Président de thèse :

Professeur P.F. GIRARD

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 1^{er} Mars 1972

Vu, le Premier Vice-Président de l'Université CLAUDE BERNARD
Président du Comité de Coordination Médicale

R. TOURAINE

- BIBLIOGRAPHIE -

1. ACHAINTRE et BONHOMME.
La vie du dément sénile.
Journée Médicale Lyonnaise. Mai 1957. pp415-520

2. AJURIAGUERRA - REGO - RICHARD et TISSOT.
Psychologie et psychométrie du vieillard.
CP. Spécial n°5. 1970. pp27-35.

3. D. ANZIEU.
Les méthodes projectives.
Ed. PUF. pp37-133.

4. Cl. BALLET.
Vie collective et vieillissement.
CP. Spécial n°5. 1970. pp191-194.

5. P. BALLET.
Le psychiatre devant le vieillard.
Revue Hyg. et Med. Soc. T 16 n°6 sept.-68 pp571-583.

6. P. BALLET.
La régression affective chez les vieillards. psychiatriques.
1966.

7. P. BALLET.
A propos de la démence sénile.
Revue de gérontologie 1971.

8. P. BALLET.
Psychiatrie des vieillards.
Esprit: Vieillesse et vieillissement. Mai 1963. 5. pp827-847.

- 9.S.de BEAUVOIR.
La Vieillesse.
Ed.Gallimard.1970.
- 10.BENOIT.
Conférences de psychiatrie.
Fac.Med.Lyon.225.064/5
- 11.P.BERNARD et P.NOEL.
Pathologie mentale de la sénescence et de la sénilité.
E.M.C. Psychiatrie.fasc.37530 A 10.11-1961.
- 12.P.BERTHAUX.
Le vieillissement normal et pathologique.
La revue du Praticien.T XII n°2 1972.pp151-167.
- 13.P.W.BURVILL.
Elderly patients in mental hospitals,geriatric hospitals
and nursing homes in Perth,Western Australia.
Acta Psychiat.Scandin.46(3)1970 pp258-272.
- 14.R.CARMEL - L.S.COPELMAN et R.S.COPELMAN.
Le concept d'une crise d'involution physiologique.
Revue Hyg.Ment. Mars-Avril 1962.
- 15.P.CHAPUY.
Initiation à la gérontologie.
Ed.Simep.1971.
- 16.CHRISTENSEN et GAGNON.
Comportement sexuel dans un groupe de vieilles femmes.
J.of Geronto.Juil.1965.20 n°3;pp351-356.
- 17.CICERON.
La Vieillesse.
Ed.Hatier.

18.H.DESTREM.

Le comportement sexuel normal dans la vieillesse.
La clinique.1959.54.pp527-533.

19.DUBLINEAU.

Psychologie du vieillissement chez l'homme et la femme.
Conc.Med.Août 1959.81 pp3554-3555.

20.H.EY.

La situation existentielle du vieillissement.
Manuel de Psychiatrie.pp 879-883.

21.I.FELSTEIN.

La sexualité du 3^e âge.
Ed.Laffont.1971.

22.M.HOUSER etCOSNIER.

Troubles mentaux de la sénilité.pp29-30.

23.R.HUGONOT.

Les grandes lignes de la gérontologie française.
Suppl.de Revue Prat.n°2.II Janv.1972.

24.RIEFFAT-VIGNAT-BALVET-VILLA-

Journée de Gériatrie.Lyon 1967. Rev.Hyg.etMed.Soc.
T 16 n°6 sept.-68 pp511-520.

25.C.KOUPERNIK.

Essai d'une psychopathologie de la sénescence.
Conc.Med.1968.90-I pp69-79.

26.La psychologie de la sexualité au cours de la vieillesse
chez les femmes d'un service de psychiatrie.
Thèse de Paris.1955.n°318. 61 pages.

27.G.METAFIOT.

Existe-t-il un effet d'hospitalisme chez la femme âgée?
Mémoire Psychologie.1971.

28.F.MINKOWSKA.

Le Rorschach.

Ed.Desclée de Brouwer.1956.

29.E.MINKOWSKI.

Le Temps Vécu.

Ed.Delachaux et Niestlé.1968.

30.E.MINKOWSKI.

Aspects psychologiques de la vieillesse.

Evol.Psych.1951.n°1.pp49-72.

31.P.A.MORRIS.

Une étude de 100 admissions de femmes âgées dans un hôpital psychiatrique.

J.Ment.Sc.Nov.1962.108 n°457 pp801-803.

32.Ch.MULLER.

Manuel de géro-psycho-geriatrie.Ed.Masson.

Enc.Med.Lyon.WT 150.225-035.pp30-56.

33.G.NEWMAN et Cl.R.NICHOLS.

Activités et attitudes sexuelles des personnes âgées.

J.A.M.A. 7 Mai 1960.173 n°1 pp33-35.

34.OLSEN et ELDER.

Test d'association de mots pour les troubles émotionnels chez la femme âgée.

J.of.Geronto.Juil.1958.13 n°3.pp305-308.

35.J.OULES.

Les névroses du 3° âge.

CP.Spécia.n°5.1970.pp100-104.

36.E.PFEIFFER -VERWOERDT et H.S. WANG.

Comportement sexuel chez les hommes et les femmes âgées.

Arch.Gen.Psychiat.Déc.1968.19 n°6.pp753-758.

37.A.POROT.

Manuel alphabétique de psychiatrie. Ed.PUF.pp506-509 et
pp556-557.

38.F.POST.

Sex and its problems:troubles sexuels chez le vieillard.
Practitioner.Sept.1967.I99 n°1191 pp377-382.

39.N.RAUSCH de TRAUTENBERG.

La pratique du Rorschach.Ed.PUF.1970.

40.H.REBOUL - J.PELLET et M.G.FREYSSENET.

Propos sur l'hospitalisation psychiatrique des
personnes âgées.

Revue Hyg.et Med.Soc. 1970.T I8 pp455-482.

41.H.REBOUL.

L'image de la mort et le vieillissement.

Thèse de 3° cycle.1971.

42.H.REBOUL.

Vieillesse et approche de la mort.

Inform.Psych.46(7) Sept.1970.pp671-680.

43.R.REIMANN-HUNZIKER.

La sexualité de 50 à 70 ans.

Praxis.24 Nov.1960.49.n°47 pp1106-1107.

44.REPOND.

Hygiène mentale de la senescence et de la vieillesse.

Excepta Medica Foundation 1962.pp97-106.

45.J.RICHARD et J.CONSTANTINIDIS.

Les démences de la vieillesse.

CP.Spécia.n°5.1970. pp39-60.

46.R.SIMONIN.

La sexualité chez le vieillard.

Divers aspects de la senescence.Ed.Lépine. pp79-89.

47.SIVADON.

Article "Enfer des Fous"Express ,°1017.4 Janv.1971 pp33.

48.V.N.SMIRNOFF.

Psychologie du vieillard et pratique médicale.

Gazette Med.France.Juin 1957.pp1199-

49.E.STERN.

Vieillir.1956.

50.J.M.SUTTER.

Psychologie du vieillard.

Divers aspects de la senescence(Ed.Lépine.pp11-19.

51.Symposium of psychologies reactions to physical changes
with age.

Mayo clinics proceedings.Vol.42.n°10.pp593-699.

52.J.VIGNALOU et H.BECK.

Etat actuel et perspectives de la gériatrie en France.

La Revue du Praticien T XII n°2 1972.pp137-151.

53.J.P.VIGNAT.

Le vieillard,l'hospice et la mort.

Ed.Masson.1970

54.J.WEINBERG.

Sexual expression in late life.

Amer.J.Psychiat.126(5).Nov.1969 pp 713-716.

